

# Fibroxantoma intraóseo del hueso ganchoso de la mano izquierda: reporte de caso

Dr. Bernardo Covo Torres\*, Dr. Jhon Jairo Villarraga Montilla\*\*, Dra. Socorro Hincapié Rincón\*\*\*

\* Ortopedista y traumatólogo. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, Pereira, Colombia.  
\*\* Ortopedista y traumatólogo. Cirugía de la mano. Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil.  
\*\*\* Residente de I año de Patología, Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia.

Correspondencia:

Dr. Bernardo Covo Torres  
Calle 8 No. 3A-22, Centro Médico Radiológico, Cartago, Colombia.  
Tel. (572) 2121296 - (576) 3132182, Cel. 3155619966  
bcovotorres@hotmail.com

Fecha de recepción: 15 de junio de 2011  
Fecha de aprobación: 11 de octubre de 2011

## Resumen

El fibroxantoma intraóseo es un tumor raro de curso benigno que puede estar presente en cualquier parte de la anatomía ósea. La gran variedad de diagnósticos diferenciales que posee hace difícil su diagnóstico clínico, imaginológico e histológico. Se presenta el caso de un paciente con dolor en la región dorsal de la mano, con diagnóstico histológico de fibroxantoma intraóseo del hueso ganchoso, junto con una revisión de la literatura de esta patología.

**Palabras clave:** histiocitoma fibroso benigno, neoplasias óseas, hueso ganchoso, mano.

[*Rev Col Or Tra* 2011; 25(4): 384-7]

## Abstract

Intra osseous fibroxantoma is a rare benign tumor that can be found in any human bone. Differential diagnosis is based on imaging, histology and roentgenographic finding. A case is presented of a young patient with this lesion in hamatal bone of the left hand and a revision of the literature is made.

**Key words:** Histiocytoma benign fibrous, bone neoplasms, hamate bone, hand.

[*Rev Col Or Tra* 2011; 25(4): 384-7]

## Introducción

Conocido también como xantoma fibroso, histiocitoma fibroso, histiocitoma fibroso benigno de hueso o xantofibroma (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7), el fibroxantoma intraóseo es una rara lesión caracterizada por presentar fibroblastos e histiocitos en su base histológica (1, 5, 8, 9). Es un tumor poco frecuente que en pocas ocasiones ha sido reportado en la

literatura (menos de 100 publicaciones) (2, 10). Se presenta más frecuentemente en personas adultas como una lesión localizada, única, asociada a dolor e inflamación en el área afectada. Esta tumoración puede estar presente en cualquier parte del esqueleto, con preferencia en huesos planos como los del cráneo, la pelvis y la mandíbula (5, 8, 9, 11).

Se presenta el caso de un hombre de 28 años de edad que consultó por presentar dolor y edema en la mano izquierda, sin antecedente de trauma. Se le encontró una lesión en el hueso ganchoso con fractura patológica y fue tratado con curetaje y adición de sustituto óseo; el diagnóstico clínico-histológico fue de fibroxantoma intraóseo.

## Reporte de caso

Hombre de 28 años de edad que consulta al servicio de urgencias por aparición de edema y dolor en dorso de la mano izquierda, relacionado con el ejercicio físico mientras ejecutaba maniobras repetidas de carpintería. Al examen de ingreso, se encuentra un paciente en buenas condiciones generales, con edema en la región dorso-ulnar de la muñeca izquierda, dolor con las maniobras de presión, extensión y flexión de la muñeca. Se solicita una radiografía simple que evidencia una lesión de aspecto quístico en el hueso ganchoso con compromiso de las corticales (figura 1).

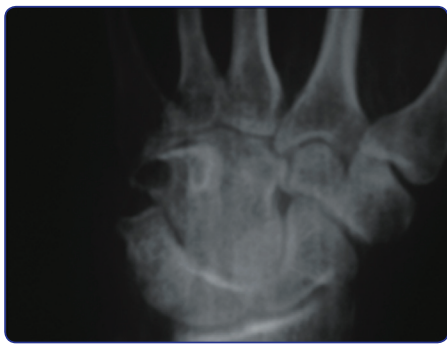


Figura 1. Aspecto radiográfico.

El paciente es tratado con analgésicos e inmovilización con férula de yeso durante tres semanas. Se solicita una gammagrafía ósea corporal total y una tomografía axial computarizada (TAC) de muñeca. En la gammagrafía se encuentra una lesión ósea primaria en el ganchoso del carpo izquierdo, inactiva metabólicamente (figura 2).



Figura 2. Gammagrafía.

La tomografía revela una lesión ósea focal definida, hipodensa, homogénea, en el borde cubital del ganchoso, de 7 x 12 x 8 mm de diámetro; la lesión ósea se define como de leve a moderada agresividad con ruptura de la cortical contigua, lo que podría ser compatible con un quiste óseo esencial o, entre los diagnósticos diferenciales, un encondroma o tumor de tejido blando que erosione la cortical y produzca remodelación ósea secundaria (figura 3).



Figura 3. Aspecto de la TAC.

Seis semanas después de la consulta, previa explicación de la naturaleza de su lesión y de las opciones de tratamiento, y con su consentimiento informado, el paciente es llevado a cirugía. Bajo anestesia troncular y sedación, se realiza un abordaje dorso-ulnar al hueso ganchoso, encontrándose una cavidad de aspecto quístico, con ruptura de las corticales, y con una lesión tumoral en su interior de tipo nodular de color pardo amarillento y consistencia cauchosa que protruye por la fractura patológica y se desprende fácilmente del interior del hueso, al cual no se encuentra adherida. Se envía a patología (figura 4).



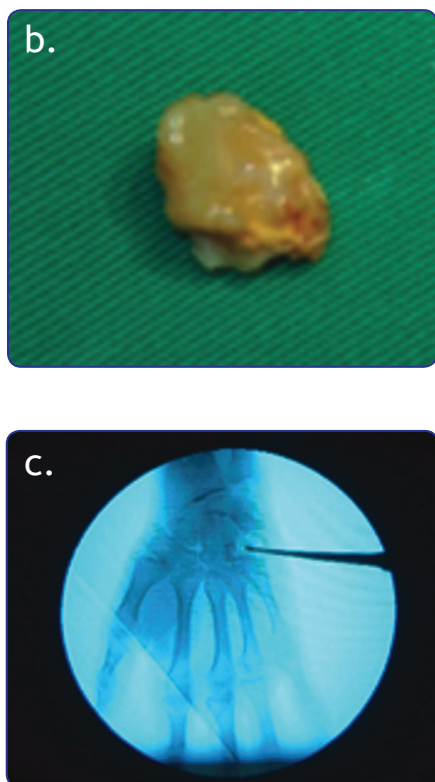


Figura 4. a) Abordaje; se observa una lesión protruyente. b) Aspecto macroscópico de la lesión. c) Curetaje.

Las paredes de la cortical son tratadas con curetaje y electrofulguración, y el espacio vacío remanente es rellenado con sustituto óseo tipo Norian (figura 5).

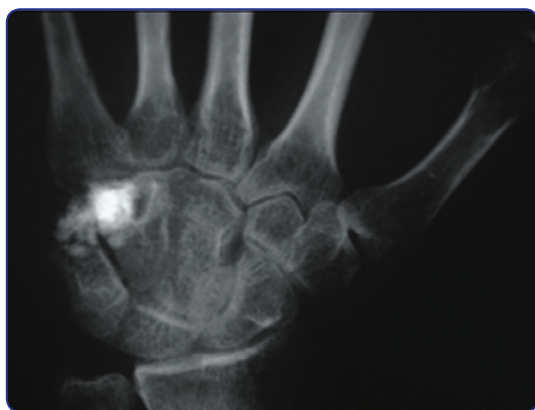


Figura 5. Llenado de la cavidad con sustituto óseo.

Se cierra el periostio, el tejido subcutáneo y la piel con puntos separados, se hace curación y se coloca una férula de yeso durante un mes. El paciente es visto en la consulta 15 días después para el retiro de puntos y el cambio de férula. El reporte de patología muestra un nódulo de 2 x 15 x 0,8 mm, de color pardo blanquecino, de aspecto fibroso con áreas en la superficie de corte amarilla. El estudio microscópico evidencia una neoplasia benigna constituida por proliferación de células fibroblásticas, sin cambios de atipia ni actividad mitótica, con foco de metaplasia cartilaginosa y áreas abundantes de histiocitos espumosos. El diagnóstico es fibroxantoma intraóseo. El paciente es tratado con fisioterapias y controles cada 3 meses por un año. La radiografía al año posoperatorio revela integración del injerto; el paciente se encuentra asintomático.

## Discusión

Las lesiones fibrohistiocíticas pueden comprometer el hueso y presentan una mezcla de tejido fibroso, células espumosas y células gigantes multinucleadas (1). Histológicamente, fibroblastos, células mononucleares multinucleadas y células que tienen la apariencia de histiocitos están presentes en estos tumores (1). La lesión se observa con grandes áreas de células espumosas, células de contenido lipídico con citoplasma vacuolado, intercaladas con pequeños septos fibrovasculares y contenido de colesterol; no es usual encontrar actividad mitótica ni atipia celular y puede presentar o no pleomorfismo (5, 8, 9).

A la observación macroscópica se describe como una lesión de tipo quístico, de contenido mucoide amarillo entremezclado con material espeso igualmente amarillento, característico de tejido fibroso, obtenido del curetaje de las paredes de la lesión (5, 6, 11).

El fibroxantoma intraóseo es una patología particularmente rara que no se documentó apropiadamente sino hasta la década de los setenta con la evolución de técnicas de histoquímica y microscopía electrónica (9). Aunque en los últimos años se han descrito con relativa frecuencia (3), fueron Dominok y Eisengarten quienes en 1980 describieron por primera vez una lesión quística en un hombre de 66 años de edad con este diagnóstico patológico (4). Es frecuente en adultos entre los 30 y 40 años de edad y raramente se encuentra en menores de 20 años (9, 12).

El diagnóstico diferencial incluye lesiones neoplásicas y no neoplásicas. Entre las patologías con la que se podría es-

tablecer un diagnóstico diferencial radiológico e histológico están el fibroma no osificante, el tumor de células gigantes, el osteoblastoma, el defecto fibroso cortical, la enfermedad de Erdheim-Chester, los fibrosarcomas de bajo grado, el histiocitoma fibroso maligno, el quiste óseo aneurismático y la displasia fibrosa (5, 10, 13).

Las lesiones del fibroxantoma intraóseo radiológicamente se asemejan a un fibroma no osificante; en la radiografía se observan lesiones únicas, líticas de márgenes definidas y bordes escleróticos (3, 8). Se presentan como lesiones pequeñas y más comúnmente se encuentran en cráneo, pelvis y mandíbula, aunque hallazgos en huesos largos han sido descritos en la literatura (8). La invasión cortical o de tejidos blandos es un hallazgo incidental. Cuando se encuentra en huesos largos, la metáfisis, epífisis o diáfisis pueden estar comprometidas (3, 5, 7, 11, 12). En la TAC se aprecia destrucción lítica y bordes escleróticos bien definidos y las imágenes de resonancia magnética en T1 tienen la misma intensidad que la obtenida en el tejido muscular (14).

La presentación clínica se caracteriza por dolor en casi la totalidad de los casos, inflamación local en lesiones adyacentes al tejido celular subcutáneo y limitación funcional secundaria al sitio de ubicación de la lesión (6, 11).

La mayoría de los fibroxantomas intraóseos son manejados quirúrgicamente con resección, curetaje e injerto óseo; esta patología representa aproximadamente el 1 % de todos los tumores benignos del hueso manejados quirúrgicamente (15).

Esta patología no presenta características histológicas que hagan predecible su tendencia a la recurrencia; aunque el pronóstico es bueno, se ha descrito recurrencia en menos del 5 % (9). Lesiones predominantemente fibrosas pueden ser confundidas con fibrosarcomas de bajo grado, al igual que con el tumor de células gigantes. Matsuno revisó 3 de 5 lesiones de huesos largos con diagnóstico histológico inicial de fibroxantoma intraóseo y las clasificó posteriormente como tumor de células gigantes al hallar focos pequeños de estas células en las placas originales (16). Muestras direccionadas para un estudio anatomopatológico con adecuado contenido de tejido lesional son cruciales para un adecuado diagnóstico histológico.

Aunque en la revisión bibliográfica realizada se encontraron publicaciones con lesiones en los huesos de la mano

(falange proximal del pulgar) (10, 17), no hallamos ningún reporte que incluyera afectación de los huesos del carpo, pudiendo ser este el primer reporte de esta lesión en el hueso ganchoso.

## Referencias bibliográficas

1. Başarir K, Sağlık Y, Yildiz Y. Benign fibrous histiocytoma of the hand: a case report and literature review. *Hand Surg* 2008; 13(2): 99-102.
2. Sanatkumar S, Rajagopalan N, Mallikarjunaswamy B, Srinivasalu S, Sudhir NP. Benign fibrous histiocytoma of the distal radius with congenital dislocation of the radial head: a case report. *Usha KJ Orthop Surg (Hong Kong)* 2005; 13(1): 83-7.
3. Niemeier P, Ludwig K, Werner M, Bernd L, Parsch D. Reconstruction of the pelvic ring using an autologous free non-vascularized fibula graft in a patient with benign fibrous histiocytoma. *World J Surg Oncol* 2004; 2: 38.
4. Dominok GW, Eisengarten W. Benign fibrous histiocytoma of bone. *Zentralbl Allg Pathol* 1980; 124: 77-83.
5. Macdonald D, Fornasier V, Holtby R, Zaragoza I. Benign fibrohistiocytoma (xanthomatous variant) of the acromion a case report and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med* 2002; 126(5): 599-601.
6. Destouet JD, Kyriakos M, Gilula LA. Fibrous histiocytoma (fibroxantoma) of a cervical vertebra: a report with a review of the literature. *Skeletal Radiol* 1980; 5: 241-6.
7. Fechner RE, Mills SE. Tumors of bone and cartilage. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology; 1993. p. 161-3.
8. Bertoni F, Calderoni P, Bacchini P, Sudanese A, Baldini N, Present D, Campanacci M. Benign fibrous histiocytoma of bone. *J Bone Joint Surg Am* 1986; 68: 1225-30.
9. Vargas R, Zavala FA, Beltrán C, García D. Histiocitoma fibroso. *Odontología Actual* 2008; 5(57): 20-3.
10. Stutz EM, Pochebit SM, Cooper A, Philipps E, Leslie BM. Benign fibrous histiocytoma (BFH) of thumb. *Skeletal Radiol* 1989; 18(4): 299-302.
11. Bertoni F, Unni K, McLeod RA, Sim FH. Xanthoma of bone. *Am J Clin Pathol* 1988; 90: 377-84.
12. Kumar R, Madewell E, Lindell M, Swisc L. Fibrous lesions of bones. *Radiographics* 1990; 10: 237-56.
13. Roessner A, Immenkamp M, Wiedner A, Hobik HP, Grundmann E. Benign fibrous histiocytoma of bone: light- and electronmicroscopic observations. *J Cancer Res Clin Oncol* 1981; 101:191-202.
14. Hamada T, Ito H, Araki Y, Fujii K, Inoue M, Ishida O. Benign fibrous histiocytoma of the femur: review of three cases. *Skeletal Radiol* 1996; 25: 25-9.
15. Kuruvath S, O'Donovan DG, Aspoas AR, David KM. Benign fibrous histiocytoma of the thoracic spine: case report and review of the literature. *J Neurosurg Spine* 2006; 4(3): 260-4.
16. Matsuno T. Benign fibrous histiocytoma involving the ends of long bone. *Skeletal Radiol* 1990; 19: 561-6.
17. Başarir K, Sağlık Y, Yildiz Y. Benign fibrous histiocytoma of the hand: a case report and literature review. *Hand Surg* 2008; 13(2): 99-102.